UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 66

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

FIBRO-MYOMES

DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1914

PAR

Casimir-Adrien-François CAMARET

Né à Lignan (Hérault), le 10 septembre 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : VIRES, Professeur, *Président*. SARDA, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

LES FIBRO-MYOMES DU COL DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 66

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

FIBRO-MYOMES

DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1914

PAR

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Casimir-Adrien-François CAMARET

Né à Lignan (Hérault), le 10 septembre 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

VIRÈS, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N.....

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
SARDA, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon amour
et de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A. CAMARET.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

Pendant les quatre années que j'ai passées comme interne dans sa clinique chirurgicale il me témoigna toujours une extrême bienveillance. Qu'il veuille bien me permettre de lui en exprimer ici ma profonde gratitude.

A MON AMI LE DOCTEUR E. ROQUES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A. CAMARET.

LES

FIBRO-MYOMES

DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Sur les conseils de M. le professeur Soubeyran nous avons choisi, comme sujet de notre thèse, l'étude des fibro-myomes du col de l'utérus.

Cette localisation relativement rare, étant bien souvent une cause de graves complications et de difficultés opératoires considérables, il était intéressant d'étudier ces tumeurs au double point de vue clinique et opératoire. Aussi avons-nous volontairement laissé de côté l'étiologie et la pathogénie.

Dans un premier chapitre nous exposerons quelques données générales sur le siège, la forme, le volume et la fréquence de ces tumeurs. Nous décrirons ensuite les symptômes et le diagnostic et, après avoir dégagé le pronostic de l'étude des complications, nous envisagerons le traitement. Nous terminerons par l'exposé de quelques observations dues à l'obligeance des professeurs Tédenat et Soubeyran.

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES GENÉRALES SUR LE SIÈGE, LA FORME, LE VOLUME ET LA FRÉQUENCE DES FIBRO-MYOMES DU COL

Le fibrome atteint le plus souvent le corps de l'utérus. Nous verrons tout à l'heure dans quelle proportion minime on a observé des fibro-myomes issus du col. Il est heureux que cette localisation soit relativement rare car les myomes du col de l'utérus, « par suite de leur enclavement fréquent entre le pubis et le sacrum dès qu'ils atteignent des dimensions quelque peu considérables, exercent des compressions pénibles et dangereuses sur la vessie, l'urètre et le rectum » (Tédenat).

Siège. — On a coutume de classer les fibromes suivant la situation qu'ils occupent par rapport aux diverses tuniques de l'utérus. Nous reconnaîtrons donc, suivant la classification du professeur Pozzi, les variétés suivantes :

1° Les corps fibreux *interstitiels*, occupant l'épaisseur

du parenchyme musculaire qui, de ce fait, est généralement accrue.

2° Les corps fibreux *sous-muqueux* qui sont immédiatement recouverts par la muqueuse utérine.

3° Les *polypes* ou corps fibreux pédiculés du côté de la muqueuse, retenus seulement par un pédicule formé par un repli de la muqueuse englobant des fibres musculaires et des vaisseaux.

4° Les fibromes *sous-péritonéaux* à base large ou à pédicule plus ou moins étroit. On ne donne généralement pas à cette forme le nom de polypes qui est réservé, dans le langage courant, aux tumeurs pédiculées du côté de la cavité utérine. Quand le point de départ d'un fibrome sous-péritonéal se trouve sur la portion sus-vaginale du col, on a alors affaire à un *fibrome intraligamentaire*. Cette variété, très importante à connaître, exerce des phénomènes de compression intense dans la cavité pelvienne et peut provoquer non seulement des troubles fonctionnels très désagréables, mais encore des lésions rénales par rétention et infection de l'appareil urinaire. (Obs. III).

Cette classification peut s'appliquer indifféremment aux fibromes corporéaux et aux fibromes du col. Mais, pour ces derniers, la division du col en deux régions distinctes et bien délimitées impose une autre classification et, suivant qu'ils occupent la région située au-dessus ou au-dessous de la ligne d'insertion du vagin sur l'utérus, nous aurons soit les *fibromes de la portion sus-vaginale du col*, soit les *fibromes du museau de tanche*.

Parmi les corps fibreux de la portion sus-vaginale du col, les plus importants à connaître sont ceux qui naissent à la surface externe de cette région. Ils se trouvent immédiatement dans la cavité du petit bassin où ils sont

à leur aise pour évoluer et où ils ne tardent pas à s'incarcérer.

Ils peuvent être soit antérieurs, soit postérieurs. Les premiers refoulent la vessie en avant et en haut. Ils la disloquent et l'amincissent par compression de la paroi, mais on n'a jamais noté de véritable perforation de la paroi vésicale même avec des fibromes calcifiés d'assez gros volume (Tédenat).

Quand ils sont postérieurs, c'est-à-dire quand ils se développent à la face postérieure du col, ils évoluent dans le cul-de-sac de Douglas. Ici ils décollent progressivement le péritoine sur une hauteur qui varie suivant leur développement. De plus ils contractent à la longue des adhérences avec le rectum, avec l'S iliaque. De là les difficultés importantes dont il faut tenir compte dans l'acte opératoire. On peut donc, en résumé, diviser les corps fibreux du col de l'utérus, suivant qu'ils en occupent la région sus ou intra-vaginale en :

1° Fibromes de la portion sus-vaginale du col ;

2° Fibromes du museau de tanche.

Il semble que, tandis que les fibromes du corps et de la partie sus-vaginale du col occupent surtout la paroi postérieure, les fibromes de la portion intra-vaginale naissent surtout dans la paroi antérieure.

Forme. — La forme des fibro-myomes du col de l'utérus n'offre rien de particulier. Ce sont généralement des tumeurs régulièrement arrondies et lisses. Nous avons eu l'occasion d'observer dans la clinique du professeur Soubeyran une pièce anatomique curieuse par sa régularité (Obs. I). Il s'agissait de deux fibromes gros chacun comme une mandarine et siégeant d'une façon absolu-

ment symétrique de chaque côté du col dans l'épaisseur du ligament large.

Volume. — Rien n'est plus variable que le volume des tumeurs du col. Elles varient généralement des dimensions d'une orange à un tête d'adulte. C'est surtout dans les cas de tumeurs fibro-kystiques qu'on a constaté des poids énormes. Stockard (Medic. Record, New-York) aurait enlevé chez une négresse une tumeur qui pesait cent trente-cinq livres américaines. Hunter (de New-York) a observé un fibrome pesant cent quarante livres tandis que le cadavre, débarrassé de la tumeur, ne pesait plus que quatre-vingt-quinze livres. La malade n'avait jamais eu d'hémorragie ni de symptômes de compression. Elle mourut d'épuisement à cinquante-trois ans. La tumeur avait été reconnue depuis vingt et un ans (Hunter. Obstet. Society of New-York, 15 novembre 1887).

Fréquence. — S'ils sont plus graves que les fibromes corporéaux, les fibromes du col sont heureusement beaucoup plus rares. A ce sujet, on peut les mettre en opposition avec l'épithélioma. Celui-ci, d'après Webster, prédomine au col où il débute dans la proportion de 98 p. 100. Après la ménopause on le rencontre moins rarement dans le corps, où il est situé fréquemment au niveau d'un myome dégénéré.

Les statistiques des myomes cervicaux sont assez variables. Nous empruntons les chiffres suivants à la communication faite par le professeur Tédenat, le 1er avril 1914, à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier : « Tandis que Schrœder les estime à 8,1 p. 100 et Lee à 5,4 p. 100, Courty trouve, sur un total de 131

cas, 84 p. 100 de myomes au corps et 16 p. 100 au col. Mais les faits de Courty n'ayant pas été soumis à la sanction de l'examen opératoire, sa statistique n'a pas la précision de celles de Lee et de Schrœder. »

M. le professeur Tédenat, en ne tenant compte que des cas qu'il a opérés, trouve 390 myomes corporéaux et 12 cervicaux, proportion très voisine de celle de Lee.

On peut donc admettre en définitive le chiffre de 6 p. 100. Les myomes de la portion intra-vaginale du col sont les plus rares. Fritsch, Olshausen, Gebbard, Zacharias, von Cakovie, Halban, Vorbeck en ont publié entre tous 14 observations.

Webster et quelques auteurs sont d'avis que les fibromes du col coexistent rarement avec les fibromes du corps. Sur les 12 cas de gros myomes cervicaux que le professeur Tédenat a observés, dans deux cas coexistaient sur le corps des nodules fibromateux durs et peu développés.

Enfin, tandis que les fibromes du corps sont généralement multiples, dans les observations du professeur Tédenat il s'agit toujours de fibromes solitaires. C'est aussi l'opinion de von Rabeneau et d'Olshausen.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les symptômes des fibro-myomes du col de l'utérus sont généralement les mêmes que ceux des tumeurs du corps. Cependant un fibrome pédiculé, issu du museau de tanche et évoluant vers le vagin, produit généralement moins de désordres et la malade n'aura son attention attirée de ce côté qu'à partir du moment où la tumeur aura pris un certain développement.

Trois grands symptômes caractérisent les myomes du col : les *hémorragies*, les *douleurs* et la *leucorrhée*. Un peu plus tard la tumeur, quand elle s'est plus développée, exerce souvent des *compressions* sur les organes voisins.

Les *hémorragies* deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas, on peut même dire qu'elles sont souvent le premier et restent parfois le seul symptôme. Elles revêtent la forme *ménorragique* ou *métrorragique* suivant qu'elles surviennent au moment des règles ou dans leur intervalle. L'écoulement est abon-

dant, généralement coloré. A certains moments le sang se coagule dans la cavité utérine, il est alors expulsé sous forme de volumineux caillots dont la vue impressionne toujours beaucoup les malades. Lorsqu'il n'y a que des ménorragies, les malades à la veille de leurs règles paraissent ballonnées, elles ne peuvent plus supporter leur corset, on dirait qu'à ce moment la tumeur augmente de volume. Puis les règles arrivent très abondantes, durant souvent huit à dix jours, et alors survient une phase de bien-être pendant laquelle les malades paraissent revenues à la santé et peuvent reprendre le cours normal de leur vie habituelle. Mais peu à peu les hémorragies deviennent plus fréquentes ; à la période ménorragique succède celle des métrorragies, et alors, la compensation ne pouvant plus se faire, la malade est atteinte d'une anémie extrême. En général les fibromes cervicaux donnent lieu à des hémorragies moins abondantes que les myomes corporéaux surtout quand ceux-ci sont sous-muqueux.

Le *symptôme douloureux* est bien moins constant. Certains fibromes volumineux ne sont jamais douloureux même quand ils provoquent des phénomènes de compression alors que d'autres paraissent douloureux par eux-mêmes : on ne peut y toucher. D'après Quénu, cette hyperesthésie n'est souvent en rapport avec aucune lésion des organes voisins.

On peut dire que, d'une façon générale, la douleur se réduit à une sensation de gêne et de pesanteur.

La *leucorrhée* sous forme d'écoulement muco-purulent se produit dans l'intervalle des règles, elle est généralement peu abondante. Mais, dans certains cas, cet écoulement prend des proportions extraordinaires. Trélat

a donné à ces formes le nom de *fibromes hydrorrhéiques.*

Les *phénomènes de compression* se manifestent dès que la tumeur a acquis un certain développement. Il est rare qu'ils ne se manifestent pas. Ces compressions se produisent surtout lorsque la tumeur est enclavée dans le petit bassin. Elles s'exercent sur le rectum où elles produisent parfois des hémorroïdes. Barnes attribue une grande importance à la résorption des matières excrémentielles qui produit une véritable toxémie. Mais ce sont surtout la compression des uretères et les troubles rénaux graves qu'elle entraîne, qui ont été signalés depuis longtemps. De nombreuses observations en ont été publiées. Murphy les a signalés dès 1849 (*London Journ. of med.*, oct. 1849).

Parmi les signes fournis par l'examen local, il convient de signaler *l'allongement de la cavité utérine* qui existe même si le corps ne présente pas de fibromatose alors que la tumeur a son point de départ bien circonscrit sur le col.

Cet allongement de l'utérus, qui peut aller jusqu'à 20 cm., se rencontre même quand on a affaire à de petits polypes pédiculés du col. L'utérus est hypertrophié sous l'influence de ce que Guyon appelait la grossesse fibreuse. Le cathétérisme de l'utérus doit être toujours fait avec grand soin et très aseptiquement.

Si on est gêné par la tumeur pour introduire l'hystéromètre en métal, il est bon d'avoir recours à une bougie urétrale en gomme. On n'est pas exposé dans ces conditions à érailler la tumeur.

La *constatation de la tumeur* doit être faite par la palpation bimanuelle aidée du toucher. Dans les cas de fibro-myomes du museau de tanche à évolution vaginale

il est facile, par le toucher, de se rendre compte de leur forme et de leur volume ; de plus, le doigt guidé par la tumeur elle-même peut arriver sur son point d'implantation, et on arrive ainsi à faire un diagnostic exact. Il va sans dire que cet examen n'est possible que dans les cas où le volume de la tumeur ne s'y oppose pas.

Si le fibro-myome prend naissance sur la portion susvaginale du col, il est plus difficile de le diagnostiquer. C'est le plus souvent en arrière du col qu'il se développe il soulève le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Dans ce cas, on doit pratiquer la palpation bimanuelle et le toucher pour étudier la mobilité du corps utérin.

Une fois le diagnostic de tumeur *vaginale*, *pelvienne* ou *abdominale* bien posé, il s'agit de savoir si on a affaire à une tumeur fibreuse.

Trois cas peuvent se présenter :

1° *Tumeur très peu développée avec symptômes peu nets.* — On ne pourra se baser comme symptômes directeurs que sur la persistance des hémorragies, l'augmentation de volume de l'utérus et l'agrandissement de sa cavité. On pourra dans certains cas reconnaître la petite tumeur.

On éliminera ainsi la *métrite hémorragique* et *l'avortement.*

Le *cancer du corps de l'utérus* donne lieu comme le fibrome à des hémorragies, mais celles-ci s'accompagnent de leucorrhée fétide dont on reconnaît toujours l'odeur.

2° *Tumeur à évolution vaginale.* — On peut les confondre avec une *inversion de l'utérus.* La recherche atten-

tive des deux lèvres du col par le toucher, celle de la cavité utérine par le cathétérisme et cello du siège de l'utérus par la palpation bimanuelle éviteront cette erreur.

Un fibrome né au niveau de l'insertion du vagin, quand il s'accroît en dédoublant la cloison recto-vaginale, peut simuler une *tumeur du vagin*. Ce cas a été signalé par Müller (*in* Scanzoni's Beiträge, vol. IV).

Une autre cause d'erreur peut exister quand on a affaire à un fibro-myome étranglé au niveau du col. Dans ce cas la tumeur se sphacèle et se putréfie, le vagin est infecté par des sécrétions putrides. Au toucher, le doigt arrive sur une masse ulcérée, saignante, et on croit à un *cancer du col*. Il faut se rappeler que le fibrome est plus dur, moins friable, que le doigt peut en délimiter le pourtour quand il est accessible. Enfin, l'odeur du myome putréfié n'est pas celle du cancer, si spéciale et si caractéristique.

3° *Tumeur à évolution abdominale ou pelvienne.* — On peut facilement confondre les *kystes de l'ovaire* avec les corps fibreux à évolution abdominale. On recherchera la fluctuation du kyste qui est pathognomonique. De plus on se rappellera que les kystes se développent avec rapidité tandis que les fibromes évoluent lentement. Il n'en est pas moins vrai que ce diagnostic offre de très grandes difficultés. On s'abstiendra toutefois de pratiquer la ponction exploratrice qui expose à des accidents graves.

Dans la *grossesse* on reconnaît une tumeur régulière, le col est ramolli. Il est rare d'ailleurs qu'il n'existe pas quelques signes de probabilité.

Les *tumeurs enkystées des trompes*, la *grossesse extra-utérine* sont souvent d'un diagnostic fort délicat à cause

de l'adhérence de la tumeur à l'utérus. L'anamnèse et le cathérisme utérin, montrant qu'il n'y a pas de grossesse fibreuse, seront les principaux éléments de diagnostic.

L'*hématocèle rétro-utérine* sera reconnue par les commémoratifs du début et la marche de la maladie.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Histologiquement bénignes, les tumeurs fibromateuses, par leurs complications et par les dégénérescences qu'elles subissent, peuvent être considérées cliniquement comme des néoplasmes graves. Nous allons voir rapidement les complications auxquelles elles donnent lieu, en faisant entrer dans ce cadre les diverses dégénérescences que subissent les fibromes, et de ce court exposé nous déduirons le pronostic.

1° Complications

La première des complications et la plus redoutable, en ce sens qu'elle peut se produire dès le début de l'évolution de la tumeur et avant qu'elle ait atteint un volume exagéré, c'est certainement l'*hémorragie*. Nous nous contenterons de la signaler rapidement, car nous en avons déjà parlé au chapitre du diagnostic. Rappelons

simplement que, dans certains cas, l'hémorragie peut revêtir du premier coup un caractère de gravité tel, que la malade est exposée à mourir rapidement d'anémie suraiguë (Obs. IV).

Les *complications rénales* par compression des uretères sont, après les hémorragies, les accidents les plus fréquents : pyélite, pyélo-néphrite, hydro-néphrose s'observent alors et sont très comparables aux accidents rénaux qui se rencontrent dans les cas de cancer. On les observe surtout quand le fibrome présente un développement pelvien (Obs. III).

Citons enfin la formation de *tumeurs fibro-kystiques* qui peuvent succéder à l'œdème, les *myomes lymphangiectasiques* et certains *pseudo-kystes*.

Le fibro-myome peut-il subir une *dégénérescence maligne ?* Cette question, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, est aujourd'hui tranchée. Tout le monde sait maintenant que la *transformation sarcomateuse* des fibro-myomes est possible. De nombreux exemples de cette transformation ont été observés par beaucoup de chirurgiens. Pour les *épithéliomes* il n'en est pas de même, car les deux tumeurs étant de lignées histologiques différentes, elles ne peuvent se transformer l'une dans l'autre. Mais il est cependant démontré que les fibromes utérins peuvent être envahis par des éléments épithéliaux. En 1904, Bender et Lardennois ont montré que les fibro-myomes utérins pouvaient être envahis par des noyaux métastatiques à la suite d'un cancer développé dans un organe voisin.

Il est une dernière complication des fibro-myomes du col que nous signalerons rapidement. Bien que le fibrome soit en général une cause de stérilité, la *grossesse* vient

quelquefois compliquer l'état d'une malade qui en est atteinte.

On connaît des faits de genre depuis Hippocrate.

Bien que généralement les dépôts de sels calcaires aient lieu au centre de la tumeur, ils peuvent cependant se produire à la périphérie. Nous rapportons plus loin une observation du Prof. Tédenat dans laquelle il s'agit d'un fibrome calcifié dans ses plans superficiels et adhérant fortement à la vessie (Obs. III).

Les fibro-myomes peuvent se ramollir. Quelquefois après un accouchement, entraînés par le mouvement d'involution de l'utérus, ils disparaissent peu à peu par un processus qui a été attribué à la *dégénérescence graisseuse*.

La *dégénérescence amyloïde* a été observée par Stratz.

L'*œdème* peut amener le ramollissement des fibromes.

La *dégénérescence colloïde myxomateuse* est caractérisée par la formation d'une matière muqueuse entre les faisceaux musculaires.

Les *lésions du cœur* compliquent souvent les fibromes utérins de même que toutes les tumeurs abdominales volumineuses. Ces lésions paraissent le plus souvent liées à l'altération rénale. On a de l'hypertrophie avec ou sans dilatation des cavités. Strassmann et Lehmann ont constaté des altérations cardiaques dans 29 cas sur 71 femmes atteintes de corps fibreux utérins.

Indépendamment de ces complications d'ordre viscéral et de voisinage, le fibro-myome peut présenter des complications en quelque sorte intrinsèques par les *dégénérescences* qu'il est exposé à subir.

Assez souvent au moment de la ménopause les fibromes subissent une induration progressive, ils diminuent de volume, ils régressent et les phénomènes morbides dispa-

raissent. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

La *calcification*, que les anciens auteurs qualifiaient d'ossification, est une complication assez rare. Il se produit généralement au centre de la tumeur un dépôt de phosphate et de carbonate de chaux qui donnent soit une trame incomplète, soit parfois de véritables pierres utérines.

Il peut arriver que la présence d'un fibro-myome n'ait pas une grande influence sur la grossesse; nombreux sont les exemples de grossesses ayant évolué jusqu'à terme chez des femmes atteintes de corps fibreux. Cependant il n'en est pas toujours ainsi surtout si le corps fibreux est pelvien, position fréquente pour les fibro-myomes ayant pris naissance dans la portion sus-vaginale du col. Dans ce cas les accidents de compression sont rapides et redoutables, on a même noté des complications de péritonite. Mais l'accident le plus commun et non le moins grave en pareil cas, c'est l'avortement. Lefour sur 307 cas de grossesse compliquée de fibrome a noté 39 avortements et 14 fois la mort de la mère. Nauss sur 241 cas a relevé 47 avortements. On voit par ces chiffres à quelles complications une femme atteinte de myome est exposée au cours de la grossesse.

Pendant le travail, les fibro-myomes du col sont une cause importante de dystocie. Leur présence gêne l'accommodation du fœtus, celui-ci conserve de ce fait une mobilité assez grande qui facilite les mutations de présentation même au début du travail. Dans les grossesses compliquées de fibromes, les présentations de la face, de l'épaule et du siège sont fréquentes. Un fibrome placé sur le passage du fœtus peut amener les complications les plus graves pendant le travail, et parfois même, si l'on

n'intervient pas, la mort de la malade épuisée par la longueur du travail.

Pendant les suites de couches la malade est encore exposée à des accidents dont les plus redoutables sont les accidents d'infection.

2° Pronostic

Des considérations qui précèdent il est facile de déduire le pronostic. Si les tumeurs fibromateuses histologiquement bénignes ne présentent pas par elles-mêmes un bien grand danger, leurs complications sont assez nombreuses et assez redoutables pour assombrir le tableau. Sans nous arrêter à la dégénérescence sarcomateuse bien prouvée aujourd'hui par les travaux de Fehling, Otto de Franqué, Landau, il nous suffit d'avoir signalé rapidement les accidents graves auxquels sont exposées les porteuses de fibro-myomes pour être autorisé à formuler des réserves très sérieuses sur leur bénignité autrefois si largement acceptée. Ces réserves doivent être surtout sévères pour les fibro-myomes ayant leur point de départ sur le col utérin, car leur localisation est généralement une cause d'enclavement entre le pubis et le sacrum, d'où plus grands dangers de compression sur les organes voisins et difficultés opératoires plus considérables.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Depuis les progrès techniques de l'hystérectomie, le traitement opératoire des fibromes tend de plus en plus à se substituer au traitement médical qui le plus souvent n'est que symptomatique.

I. — Traitement médical

Diverses substances ont été tour à tour préconisées, toutes avaient pour but d'agir directement sur la tumeur, soit en resserrant les vaisseaux, soit en obtenant la dégérescence graisseuse.

L'*ergot de seigle* a été employé en injections hypodermiques. C'est la méthode de Hildebrandt. D'après cet auteur il faut pendant des mois injecter chaque jour douze gouttes d'une solution d'ergotine à 5 p. 100, ce qui fait environ 25 centigrammes d'ergotine par jour. L'effet

de cette méthode sur le développement des fibromes n'a jamais été démontré. Elle exerce néanmoins une certaine action sur les hémorragies.

Churchill et Mac-Clintock préconisent l'emploi de la teinture de *cannabis indica* à la dose de dix gouttes, donnée trois fois par jour, pour arrêter les hémorragies.

On a aussi essayé l'*antipyrine*.

L'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* agit comme hémostatique en faisant contracter les vaisseaux. C'est un médicament avec lequel on a obtenu quelques bons résultats.

La *stypticine* a été très vantée par Zweifel.

Citons enfin la *médication thyroïdienne*, le *bromure de potassium*, l'*arsenic* et le *phosphore*.

Dans certains cas les *eaux minérales chlorurées sodiques* donnent une notable amélioration, elles agissent surtout en relevant la nutrition générale.

L'*électricité* a joui il y a quelques années, surtout en Angleterre et en Amérique, d'une vogue excessive.

II. — Traitement chirurgical

1. **Curettage.** — Ce n'est qu'un moyen palliatif mais qui chez certaines malades donne cependant d'assez bons résultats, il agit surtout sur les hémorragies. Mais encore faut-il que la cavité utérine n'ait pas déjà subi une trop grande déformation, pour que la curette puisse agir efficacement. Il est bon de le faire suivre d'une série de pansements utérins et d'injections intra-utérines très chaudes à l'aide de la sonde à double courant.

II. **Castration.** — Basée sur cette idée que la production d'une ménopause par l'ablation des ovaires doit amener, de même que la cessation normale de la vie sexuelle chez la femme, une sédation dans les accidents causés par les corps fibreux, en faisant disparaître les hémorragies et en provoquant l'atrophie de la tumeur, cette méthode, connue sous le nom d'opération d'Hégar et Battey, n'est plus employée qu'exceptionnellement : elle cède le pas à l'hystérectomie.

III. **Polypectomie.** — C'est une opération qui consiste à extirper par le vagin les corps fibreux pédiculés de la cavité utérine. L'ablation par cette voie des polypes petits ou moyens comporte un pronostic bénin si l'opération est conduite aseptiquement. De plus c'est une intervention facile.

IV. **Myomectomie vaginale** (énucléation simple ou avec morcellement). — La myomectomie vaginale a pour but l'extirpation des corps fibreux sous-muqueux et interstitiels avec conservation de l'utérus et des annexes.

C'est Amussat qui le premier exécuta l'énucléation simple. Emmet, en 1874, décrivit l'énucléation avec morcellement.

L'énucléation simple comporte trois temps : Le premier temps consiste à ouvrir la capsule ; dans un deuxième temps on décortique la tumeur avec les doigts introduits dans la capsule. Enfin on accouche la tumeur, c'est le temps le plus laborieux quand le fibrome est volumineux. Les accidents et les complications de l'énucléation sont exceptionnels.

Dans le cas de gros fibrome, Emmet eut l'idée de réduire le volume de la tumeur par une fragmentation préalable. L'opération se divise en plusieurs temps : 1° libération du col des insertions vaginales ; 2° section du col et de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur ; 3° morcellement de la tumeur suivi ou non de son énucléation partielle ; 4° excision ou sutures des lèvres du col.

Les principaux accidents de la myomectomie par morcellement sont : l'hémorragie, la blessure des parois utérines, l'inversion de l'utérus et la septicémie.

Au début, cette opération ne donna pas de bons résultats. Depuis, grâce à une asepsie mieux comprise et à une technique plus perfectionnée, les statistiques sont meilleures.

Cette opération conservatrice doit être réservée aux femmes encore suffisamment jeunes et susceptibles d'avoir des enfants.

V. **Hystérectomie vaginale.** — La technique de cette opération a été fixée par Péan et perfectionnée par Doyen. Les principales statistiques des chirurgiens français et étrangers permettent d'apprécier sa bénignité relative.

IV. **Hystérectomie abdominale.** — Par la voie transpéritonéale on a le choix entre deux méthodes : soit l'*hystérectomie supravaginale* qui consiste à sectionner l'utérus au-dessus des insertions du vagin, soit l'*hystérectomie totale* dans laquelle on enlève l'utérus en entier après avoir désinséré le vagin.

Dans l'hystérectomie supravaginale ou subtotale on conserve un moignon constitué par le col. Actuellement,

après avoir suturé le moignon au catgut et l'avoir recouvert du péritoine on l'abandonne dans l'abdomen.

L'hystérectomie totale a pour but d'enlever l'utérus en entier. De nombreuses méthodes se partagent la faveur des chirurgiens. L'opération en général comprend les temps suivants : 1° section des ligaments larges en dehors des annexes préalablement ligaturées ; 2° tailler un lambeau péritonéal antérieur, le séparer de l'utérus et isoler la vessie du col ; 3° ligature des artères utérines; 4° incision du vagin tout autour du col ; 5° suture au catgut des tranches vaginales que l'on recouvre du lambeau péritonéal antérieur au moyen d'un surjet.

Les derniers perfectionnements de la technique opératoire ont permis d'abaisser la mortalité de l'hystérectomie abdominale à un faible pourcentage. Quand on a affaire à un fibrome de volume moyen, chez un sujet en bon état de santé général, la guérison doit être la règle absolue.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance du Prof. Soubeyran)

Fibrome utérin à noyaux multiples dont deux symétriques sur le col. Hystérectomie totale.

Mlle G..., 29 ans, se plaint depuis un an de pertes rouges abondantes, avec caillots, accompagnées de douleurs et de constipation ; le docteur Ed. Bosc diagnostique un fibrome et la fait entrer à l'hôpital. Réglée à 14 ans, jamais de grossesse, complexion plutôt délicate.

L'utérus, très gros, remonte jusqu'à l'ombilic.

Le 6 septembre 1909, hystérectomie totale ; les deux nodules de la base, près du ligament large, compliquent un peu l'opération et gênent le dégagement de la tumeur. Drainage vaginal. Guérison.

Pièce anatomique curieuse par sa régularité et sa symétrie ; elle mesure 30 centimètres de haut et 18 de large. Le gros dôme utérin, surmonté d'un petit nodule fibromateux, surplombe deux fibromes gros comme une mandarine *symétriquement placés de chaque côté du col* dans le ligament large. Pas d'annexite.

Observation II

(Due à l'obligeance du Prof. Soubeyran)

Fibrome né sur le col inclus dans le ligament large, grossesse tubo-angulaire, appendicite. — Hystérectomie subtotale.

Mme X..., 36 ans, deux grossesses, atteinte de troubles appendiculaires depuis quelque temps. Depuis deux mois et demi, douleurs et signes de grossesse. Crises anciennes d'appendicite.

A l'examen on trouve l'utérus gros et développé à droite ; à gauche de l'utérus siège une tumeur du volume du poing.

En mai 1909, laparotomie ; ablation en bloc par l'hystérectomie subtotale et de gauche à droite du fibrome et de l'utérus ainsi que de ses annexes. Ablation de l'appendice qui est long et enflammé. Drainage vaginal et abdominal. Guérison en trois semaines.

Pièces anatomiques. — Appendice très long (15 centimètres), avec lésions de la muqueuse et deux calculs

stercoraux. Utérus hypertrophié ; l'œuf (deux mois environ) siège dans la partie initiale de la trompe ; sur le flanc gauche de l'utérus, dans le ligament large, se trouve un fibrome très arrondi et régulier, du volume du poing et né sur le col. Pas d'annexite.

Observation III

(Prof. Tédenat. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, avril 1914. — Résumée)

Fibrome calcifié occupant la région antéro-supérieure du col.

Mme Jeanne R..., 48 ans, sage-femme à Nimes, entre le 8 janvier 1876 à la salle Sainte-Anne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Valette où M. Tédenat était interne. Réglée à 13 ans, régulièrement. Accouchements normaux et sans complication à 21 et 24 ans. Depuis l'âge de 30 ans, ménorragies abondantes durant 8-10 jours, sans douleurs. Le docteur Pleindoux diagnostique un fibrome utérin quand la dame avait 37 ans. Depuis trois ans, mictions fréquentes ; depuis deux ans, à plusieurs reprises, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

Quand la malade entre dans le service du professeur Valette, elle est en état d'infection urinaire : pâle, amaigrie, avec de la fièvre. Pyonéphrose bilatérale. La mic-

tion se fait par regorgement et on a de la peine, tant une grosse tumeur dure comprime l'urètre et la région du col de la vessie, à introduire une sonde qui est laissée à demeure. La malade succombe le 25 juin.

A l'autopsie, on trouve un fibrome occupant la *région antéro-supérieure du col*, où il s'attache par un pédicule long de 3 centimètres, d'épaisseur égale à sa longueur. Il est presque entièrement calcifié dans ses plans superficiels et comprime fortement la région sus-cervicale de la vessie contre la partie inférieure de la symphyse pubienne. Le corps fibreux adhère fortement à la vessie et fait corps avec sa muqueuse très amincie et portant de menues ulcérations. La tumeur, arrondie, pesait 2.300 gr. Le corps de l'utérus avait ses dimensions normales et sur la coupe ne présentait aucun nodule fibromateux. Les uretères étaient fortement dilatés, flexueux et les reins très distendus par le pus avaient leur tissu réduit à une couche épaisse de 2 à 3 centimètres suivant les points.

Observation IV

(Prof. Tédenat)

Fibro-myome de la paroi antérieure du col. — Mort par hémorragie.

Femme grande et forte, âgée de 18 ans, avait eu trois accouchements faciles et sans complication. Vers l'âge de 40 ans, ses règles devinrent plus abondantes, avec

des caillots. Elles duraient sept à huit jours. Elle consulta le docteur Rouquette aux premiers jours de juin 1888. Il constata l'existence d'un myome du volume du poing, saillant à travers le col ouvert, et conseilla une opération. Je vis la malade avec lui à Soubès. La tumeur s'insérait sur la face postérieure de la paroi antérieure du col 2 centim. au-dessus du bord libre par un pédicule long de 2 centim. et d'épaisseur à peu près égale.

Le myome remplissait les deux tiers supérieurs du vagin et faisait forte saillie dans le rectum. Il fut décidé que la malade viendrait au plutôt dans mon service de l'Hôpital St-Eloi pour y subir l'extirpation de sa tumeur. Un coup de ciseaux sur le pédicule nous paraissait chose facile, au docteur Rouquette et à moi.

Six jours plus tard, au début de la période menstruelle, une violente hémorragie survint, avec de gros caillots. On alla quérir le docteur Rouquette, qui arriva deux heures plus tard. La malade était exsangue, sans pouls, son lit plein de sang.

Malgré des injections d'éther, malgré la compression de l'aorte, elle succombait une heure après l'arrivée du docteur Rouquette. Il faut noter que la malade était en état satisfaisant de santé générale, quand survint cette hémorragie mortelle.

Observation V

(Prof. Tédenat)

Fibrome du poids de 2.850 grammes développé en avant au-dessus de l'insertion vaginale.

Rose P..., âgée de 24 ans, de Ganges, m'est adressée le 10 mai 1886, par le docteur Tessonnière.

Réglée à 12 ans, régulièrement, et toujours bien portante. Vierge. Depuis l'âge de 18 ans, la menstruation dure huit, dix jours avec caillots, sans leucorrhée. Depuis deux ans, mictions fréquentes ; dans les six derniers mois, il a fallu, à plusieurs reprises, évacuer l'urine avec la sonde.

Le 3 mars 1886, le docteur Tessonnière a reconnu l'existence d'une tumeur dure, arrondie, qui est enclavée en arrière et au-dessus du pubis qu'elle déborde par en haut et par en bas. La malade est pâle, très anémiée par les ménorragies, amaigrie, avec un pouls filiforme à 100-120. Le cathétérisme est pratiqué deux fois par jour depuis 15 jours, quand elle arrive à Montpellier le 10 avril 1886.

La tumeur remplit le vagin. Elle embrasse, dans la concavité formée par deux gros lobes, la symphyse pubienne. Le lobe supérieur dépasse la symphyse par

en haut de 8 travers de doigt. La tumeur est presque immobilisée par son enclavement. Urine purulente.

Le 13 avril, laparotomie. Le corps de l'utérus occupe la partie postéro-supérieure de la tumeur. Incision transversale du péritoine à 2 centimètres au-dessus du bourrelet formé par la vessie. Incision de la capsule du fibrome, mince, pâle. Décortication assez facile et avec peu d'hémorragie de la tumeur qui s'implante sur le col par un pédicule épais de 3 centimètres, long de 2 centimètres. Le pédicule est lié avec un gros fil de soie et sectionné. La vessie n'est pas intéressée, la décortication ayant pu être faite, sans de très grandes difficultés, entre la tumeur et sa capsule. Deux gros drains de caoutchouc dans la capsule du myome entre la vessie et le corps de l'utérus petit. Suture de la paroi abdominale. L'opération dura près d'une heure et fut bien supportée. Réunion *per primam* sauf au niveau des drains où il persista pendant trois semaines un trajet fistuleux. La malade rentra chez elle le 24 mai 1886. Elle me fut renvoyée en juin 1890 par le docteur Nines pour un kyste de l'ovaire gauche dont je l'opérai le 25 juin. Les règles étaient normales, très peu abondantes. Au cours de l'ovariotomie, je constatai que l'utérus était en rétroversion et de petit volume. Guérison rapide de l'ovariotomie. J'ai eu des nouvelles de cette dame, qui habite Barcelone, en décembre 1897. Mariée en 1893, sans enfant; d'ailleurs bien portante.

Observation VI

(Prof. Tédenat)

Enorme fibrome développé sous la muqueuse de la face antérieure de la lèvre postérieure très élonguée du col utérin.

Femme de 10 ans, réglée à 15 ans. Accouchements normaux à 21, 25, 28 ans. Les règles duraient en moyenne 4-5 jours, plutôt abondantes. A l'âge de 30 ans, ménorragies avec caillots, durant une quinzaine de jours; souvent dans l'intervalle des règles, pertes aqueuses abondantes. Des injections vaginales, des cautérisations du col furent pratiquées sur les conseils d'une sage-femme, sans résultat utile.

Le docteur Luszkiewicz consulté en juillet 1892 trouve une grosse tumeur qui remplit le vagin et se montre déjà à la vulve. On lui demande surtout soulagement aux hémorragies abondantes, aux pertes aqueuses qui font petite inondation deux ou trois fois par jour et à de la gêne pour uriner.

Quand je vois la malade, la tumeur lisse, dure, remplit le vagin ; on sent l'utérus remonté à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Le 8 octobre, après anesthésie, la tumeur est évidée avec le tube de Doyen et le doigt arrive alors sur le pédicule qui a le volume du pouce, long de 2 centimètres. Il s'arrête à 1 centimètre

au-dessous de l'orifice interne du col, sur la face postérieure. Il est sectionné d'un coup de ciseaux; son insertion est cautérisée au thermocautère. Curettage de la cavité utérine. Guérison rapide. L'utérus avait repris sa situation normale, quand la malade quitta le service le 3 novembre 1892.

Observation VII

(Recueillie par le docteur Dusser, assistant du Prof. Tédenat)

Rose B..., 29 ans, célibataire, réglée à 13 ans. Depuis 4 ans, ménorragies avec caillots durant une dizaine de jours.

Le 3 juin 1901, nous trouvons une tumeur arrondie, dure, du volume de deux poings, refoulant fortement l'utérus du côté droit. Elle fait une forte saillie dans le cul-de-sac latéral gauche, est presque immobile. La malade éprouve des douleurs dans la cuisse gauche. L'utérus rejeté fortement à droite et en haut, nous pensons qu'il s'agit d'un kyste inclus dans le ligament large gauche.

Opération le 5 juin 1901. L'abdomen ouvert, en position de Trendelenburg, nous voyons le ligament large gauche distendu, la trompe soulevée traverse la partie supérieure de la tumeur ; ligature du ligament infundibulo-pelvien gauche. Pince sur la corne utérine. Incision transversale du ligament large à 2 centimètres en avant de la trompe. Léger suintement sanguin. Nous

avons affaire à une tumeur solide. Incision superficielle de sa capsule transversalement. Les deux lèvres de l'incision sont prises avec des pinces et la tumeur est énucléée avec le doigt, sans grande difficulté et avec peu d'hémorragie. Son pédicule, large de 2 centimètres, se présente bien par traction à la fois sur l'utérus et sur la tumeur et est facile à lier. Suture du ligament large au catgut en capiton. L'artère utérine placée en dehors et vers le tiers moyen de la tumeur était visible en dehors de la capsule. Il fut inutile de la lier. La tumeur, arrondie, pesait 1500 grammes. Guérison sans incidents.

Observation VIII

(Recueillie par M. Ivanoff, interne du Prof. Tédenat)

Emilie G..., 38 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. Accouchements sans accidents à 23 et 27 ans, fausse couche à 29 ans. Depuis l'âge de 31 ans, règles abondantes avec quelques petits caillots, durant de 8 à 10 jours. Elle entre à la clinique du docteur Tédenat, le 2 mars 1911. Tumeur occupant le côté gauche du bassin, faisant forte saillie à gauche et en arrière dans le bassin, remontant à deux travers de doigt au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic. La tumeur fait corps avec l'utérus qui est refoulé à droite et en haut. Elle est dure, arrondie ; en avant d'elle à sa partie moyenne on sent, à travers la paroi abdominale mince, les battements artériels. Diagnostic : myome utérin.

Opération le 5 mars : position de Trendelenburg. On voit à la partie moyenne de la tumeur un tractus formé par les vaisseaux utérins. Il est lié : 1° en bas et en dehors ; 2° en haut et en dedans. Incision transversale du ligament large et du péritoine anté-utérin à 2 centimètres au-dessus du col. La tumeur bien encapsulée se laisse énucléer avec une hémorragie en nappe gênante. Elle adhère au-dessous de l'isthme utérin. Une pince est appliquée sur le pédicule court et large de 2 centimètres mais peu épais. Amputation totale de l'utérus par section aux ciseaux de gauche à droite. Guérison rapide et sans incidents sauf un petit abcès au bas le l'incision abdominale. La malade quitta la clinique le 29 mars. La tumeur pesait 1800 grammes et contenait 2 petits kystes du volume d'une noisette.

Observation IX

(Recueillie par le Docteur Dusser, assistant du Prof. Tédenat)

Tumeur fibreuse de 950 grammes développée dans le ligament large droit, avec mince pédicule inséré au bas du corps de l'utérus.

M^me^ Georges C..., 31 ans, 2 accouchements (22, 25 ans). Depuis 4 ans, ménorragie durant 8-10 jours ; douleurs pelviennes. Elle a eu, depuis 3 ans, 5 crises douloureuses avec vomissements attribués à un appendicite.

Tumeur du volume de deux poings plaquée contre le bord droit de l'utérus un peu gros et rejeté à gauche. La tumeur peu mobile et comme bridée déprime le cul-de-sac droit.

Opération le 8 juillet 1904. Position de Trendelenburg. L'intestin docile se laisse aisément maintenir sous de larges compresses. On voit alors que la tumeur est incluse dans le ligament large droit. Les vaisseaux utérins volumineux rampent à sa partie interne. Ils sont liés à sa partie proximale en bas et à 7 centimètres plus haut. Le ligament large est incisé transversalement; les lèvres de l'incision sont décollées, rejetées en haut et en bas. Alors apparaît la capsule de la tumeur, d'aspect fasciculé. Elle est incisée en travers. Chacune de ses lèvres est prise dans deux pinces et la décortication se fait par traction sur la tumeur avec les ciseaux courbes. La tumeur adhère à la paroi latérale du col et du corps sur une hauteur de 3 centimètres par un pédicule long de 3 centimètres. Une pince à forcipressure est appliquée sur le pédicule au ras de l'utérus. La tumeur est extraite. On voit alors l'uretère qui se décolle de sa partie inféro-externe. La cavité où était logé le myome saigne en nappe mais peu. Elle est tamponnée avec une compresse. Celle-ci est enlevée après une ou deux minutes, quelques jets de sang sont fournis par l'artère ovarienne. Alors ligature du ligament infundibulo-pelvien. Les annexes gauches sont enflammées, oblitération de la trompe distendue. La conservation de l'utérus est sans utilité. Je pratique donc l'hystérectomie totale. L'opération est bien supportée, malgré un suintement sanguin notable et les suites opératoires furent sans incidents. La malade quitta la clinique le 3 août.

Observation X

(Due à l'obligeance du Prof. Soubeyran)

Gros fibrome du col à évolution utéro-vaginale. — Ablation par le vagin.

Mme X..., d'Alais, 45 ans, mariée depuis un mois, entre à l'hôpital Suburbain, salle Paulet, en septembre 1912, et est opérée par M. Soubeyran, le 7 septembre 1912.

Elle a des pertes rouges depuis quatre ans, elle est très pâle et anémiée.

Examen. — On sent par le toucher vaginal un gros fibrome arrondi, saillant fortement entre les lèvres du col utérin. Le col est mince et très dilaté. L'utérus est gros et déborde largement le pubis, il est mobile.

La tumeur occupe la cavité utérine et déborde par le col. Le doigt sent une insertion sur la lèvre postérieure du col à 3 centim. environ de l'orifice externe.

Opération le 7 septembre 1912. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte. On opère par la voie vaginale. Deux coups de ciseaux fendent le col latéralement.

On essaye d'abaisser le fibrome, il ne vient pas. On morcelle sa zone inférieure, deux gros fragments sont enlevés aux ciseaux, le pédicule est sectionné à ce moment. Le reste du fibrome s'accouche. La masse totale est du volume de deux poings, le pédicule est à gauche et en arrière sur le col.

Tamponnement à la gaze. La malade sort guérie quinze jours après.

CONCLUSIONS

I. — La localisation des fibro-myomes sur le col utérin est relativement rare. Leur point d'insertion se trouve généralement sur la lèvre postérieure du col dans sa partie sus-vaginale, sur la lèvre antérieure quand ils naissent dans sa portion intra-vaginale.

II. — Les fibro-myomes du col comportent plus de complications que les fibro-myomes corporéaux par suite de leur enclavement fréquent entre le sacrum et le pubis. Ils provoquent cependant des hémorragies moins abondantes.

III. — Bénignes par leur constitution histologique, ces tumeurs deviennent graves par leurs complications ; de plus, elles peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse.

IV. — Le traitement médical ne peut être que symptomatique, il ne faut pas le prolonger. On doit intervenir avant que les hémorragies deviennent sérieuses et

surtout avant toute complication rénale, pour opérer dans les meilleures conditions.

V. — La myomectomie vaginale est l'opération de choix pour les petites tumeurs chez les femmes encore jeunes et susceptibles d'avoir des enfants. Dans tous les autres cas, on doit avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 juillet 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Amussat. — Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de la matrice et de la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe (Paris, 1882).

Bedford-Fenwick. — On intra-abdominal tumours as a cause of cardiac degeneration (Brit. gynec. Journ., mai 1887).

Bender et Lardennois. — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibro-myomes de l'utérus (Bull. Soc. anat., 1904, n° 8, octobre).

Berthaut. — Fibro-myomes fluctuants et hydrorrhéiques (Médecine moderne, 7 mai 1891).

Blanc (Noël). — Contribution à l'étude de la dégénérescence calcaire des fibro-myomes utérins (Thèse de Montpellier, 1900).

Claisse (André). — Recherches sur le développement des fibro-myomes et des adéno-myomes de l'utérus (Thèse de Paris, 1900).

Jarjavay. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus (Thèse de concours, Paris, 1850).

Jones (H.). — An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy (Edinb. med. Journ., mars 1888, vol. XXXIII).

Labadie-Lagrave et F. Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Lefour. — Thèse d'agrégation de Paris, 1880.

Lewis-Smead (F.). — American J. of obstetrics, novembre 1911.

Mathez (Albert). — Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus (opération de M. le docteur Pozzi) (Thèse de Paris, 1905).

Nauss. — Thèse de Halle, 1882.

Pavlitis (J.). — Fibromes kystiques de l'utérus (Thèse de Montpellier, 1900).

Péan. — Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin (Paris, 1883).

Pellanda (Charles). — La mort par fibro-myomes utérins (Thèse de Lyon, 1905).

Perrot (Charles). — Contribution à l'étude des fibromes utérins inclus dans les ligaments larges (Thèse de Lyon, 1900).

Piquand (Georges). — Les dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus (Thèse de Paris, 1905).

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

— De la valeur des altérations des reins pour les indications de l'hystérectomie (Ann. de Gynéc., juillet 1884).

Quénu. — Fibromes douloureux de l'utérus (Gaz. Méd., 1893, p. 567).

Sébileau. — Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen (Revue de Chirurgie, 1888).

Soubeyran. — Vingt-quatre hystérectomies abdominales pour fibro-myomes de l'utérus (Province médicale du 8 janvier 1910).

Tédenat. — Communication à la Réunion obstétricale de Montpellier (Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn., avril 1914).

Thieux (Léonce). — De l'hystéropexie et de l'amputation du col utérin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement (Thèse de Montpellier, 1900).

Trélat. — Clinique chirurgicale, tome II.

Ycard (Léopold). — De l'étiologie des fibro-myomes.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Chapitre I. — Données générales sur le siège, la forme, le volume et la fréquence des fibro-myomes du col...	11
Chapitre II. — Symptômes et diagnostic	17
Chapitre III. — Complications et pronostic	23
Chapitre IV. — Traitement	29
Observations	35
Conclusions	49
Bibliographie	51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!